



**FORMULAIRE DE DEMANDE D'INSCRIPTION
AU REGISTRE DES PERSONNES VULNERABLES**

COORDONNÉES DE LA PERSONNE A INSCRIRE

Nom, prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone fixe et/ou portable :

QUALITÉ AU TITRE DE LAQUELLE LA PERSONNE EST INSCRITE

- personne âgée de + de 65 ans
- personne âgée de + de 60 ans et reconnue inapte au travail
- personne ayant une santé fragile
- personne en situation de handicap ou à autonomie limitée
- personne isolée

DEMANDE EFFECTUÉE PAR

- la personne concernée
- un membre de la famille
- un proche aidant (professionnel de santé, auxiliaire de vie, voisin...)
- autre

Précisez le nom du demandeur et sa qualité :

COORDONNÉES DU MEDECIN TRAITANT

Nom, prénom :

Adresse :

Téléphone :

Traitement particulier :

OUI

NON

SERVICE À DOMICILE

OUI préciser lequel et ses coordonnées

Adresse :

Téléphone :

NON

PERSONNE A PREVENIR EN CAS DE BESOIN (FAMILLE, AMIS, VOISINS)

1^{ère} personne

Lien de parenté :

Nom, prénom :

Adresse :

Téléphone fixe

Téléphone portable

Téléphone professionnel

2^{ème} personne

Lien de parenté :

Nom, prénom :

Adresse :

Téléphone fixe

Téléphone portable

Téléphone professionnel

Je déclare avoir été informé(e) que l'inscription est volontaire et que je peux demander à tout moment d'être rayée du registre des personnes vulnérables.

A Saint-Guinoux,

Le

Signature